

SUJET 3

**IMPACT DU RECOUVREMENT DES COÛTS SUR LA QUALITE, L'ACCESSIBILITE
ET L'EQUITE**

SUJET 3. IMPACT DU RECOUVREMENT DES COUTS SUR LA QUALITE, L'ACCESSIBILITE ET L'EQUITE

Un bon approvisionnement en médicaments essentiels pour les maladies courantes, et en vaccins pour les maladies contagieuses de l'enfance est l'une des premières améliorations qualitatives que recherchent les Africains et leurs ministères de la santé (MS). Ils veulent aussi des stocks fiables d'autres fournitures et matériel médicaux - ainsi que les agents de santé bien formés, compétents et sensibles à leurs problèmes pour les traiter dans des formations sanitaires ayant bonne apparence, propres, disposant de véhicules pour les urgences et pour les interventions en dehors des établissements.

Le terme d'*accès*, utilisé pour désigner au sens large la *disponibilité* des services de santé, présente à la fois un aspect financier et géographique. Le terme d'*équité* a également plusieurs dimensions mais il signifie habituellement un accès équivalent aux services de santé pour tous les groupes au sein de la population.

Les buts d'équité et d'accès sont souvent liés. Ils impliquent des efforts, non seulement pour mettre des services de santé à la disposition de l'ensemble de la population, mais aussi pour surmonter les obstacles qui empêchent les pauvres des villes et des régions rurales éloignées, ainsi que les groupes à risque, de pouvoir utiliser les services de santé dont ils ont besoin. Les stratégies de santé publique des pays d'Afrique subsaharienne visent habituellement à fournir un accès élargi aux services de santé de base pour les rendre accessibles à tous. L'accessibilité est souvent mesurée par l'existence, au minimum, de services de soins de santé primaires dans un rayon de 5 kilomètres du domicile des gens. Des services de santé mobiles ou des interventions en dehors des établissements sont souvent utilisés pour atteindre cet objectif.

Les *politiques d'amélioration de l'accès* mettent souvent l'accent sur la disponibilité des services de santé qui limitent les maladies et les décès parmi les groupes à risque tels que le

- > améliorer l'équité en demandant aux patients qui en ont les moyens de payer sur le champ pour les services de santé qu'ils reçoivent, et en économisant ainsi des fonds publics pour prendre en charge, en tout ou en partie, les frais des patients qui sont le moins en mesure de payer

- > améliorer l'accès financier avec des exemptions ou des réductions de tarif pour certains services de santé, ou encore pour les pauvres et les groupes à risque.

Des réformes supplémentaires de financement qui réaffectent les ressources et encouragent la participation du secteur privé peuvent considérablement accroître la contribution du recouvrement des coûts à la qualité, à l'accès et à l'équité. Ces actions complémentaires peuvent aider à mettre des services d'un meilleur rapport coût-efficacité à la disposition d'un plus grand nombre de gens, surtout parmi les défavorisés des régions rurales comme des villes. Etant donné que les ministères africains de la santé se sont concentrés sur la tarification et sur des initiatives connexes de recouvrement des coûts, les résultats de ces réformes peuvent être évalués à partir de leurs expériences et des recherches qui ont été effectuées. On est bien moins informé pour ce qui est des possibilités relativement peu exploitées de la réaffectation des ressources ou des activités de développement du secteur privé visant à améliorer la qualité, l'accès et l'équité.

Le *Sujet 3* cherche à répondre à certaines questions que posent régulièrement les décideurs et les gestionnaires de programmes au sujet d'aspects controversés du recouvrement des coûts et de ses effets potentiels sur les politiques qui cherchent à améliorer la qualité, l'accès et l'équité des soins de santé.

QUESTION 9: Quel rôle joue la qualité dans la réforme du financement de la santé?

EN BREF: Améliorer la qualité est un processus à double sens. Les gens paieront des tarifs raisonnables pour des soins de santé dont la qualité est reconnue, et leurs paiements généreront des recettes pour aider à couvrir les coûts d'améliorations de la qualité. Les réformes du recouvrement des coûts donneront généralement de meilleurs résultats lorsque les recettes provenant de la tarification sont réinvesties dans le système pour améliorer la qualité. Ainsi, le rapport fonctionne dans les deux sens: des améliorations de la qualité suscitent un soutien pour le financement des réformes, et le financement des réformes peut générer des recettes pour soutenir des améliorations de la qualité.

La tarification a-t-elle une incidence majeure sur la disposition des gens à payer pour obtenir des services de santé?

Non. Le temps et les frais de déplacement, la qualité perçue et les avantages d'un service de santé, le revenu et l'éducation entrent également dans la décision d'une personne de payer pour les soins d'un prestataire particulier, ou de s'en passer. (*Voir Question 4*) Toutefois, la qualité perçue l'emporte souvent sur tous les autres facteurs.[2,6,6,9,10,18,19,21,22]

La *qualité perçue*, la qualité des soins de santé telle que les patients la voient, a maintes dimensions, notamment l'attitude des agents de santé, le temps d'attente et l'apparence de l'établissement de santé. En Afrique subsaharienne, les patients considèrent que la disponibilité des médicaments atteste de la qualité du service et, à une très forte majorité, ils sont disposés à payer leurs médicaments.[1,9,21,33,38,42] Ainsi, les ministères de la santé ont souvent concentré leurs initiatives de recouvrement des coûts sur l'introduction de tarifs pour les médicaments. Ces paiements sont versés à un fonds tournant qui veille à ce que des médicaments soient disponibles, améliorant ainsi l'un des indicateurs clés de la qualité du point de vue du patient.

Comment la qualité et la tarification affectent-elles l'utilisation des services de soins de santé?

Les effets positifs de la qualité sont souvent compensés par des effets négatifs de prix, comme le suggèrent de plus en plus des travaux relatifs à l'impact de la tarification sur l'utilisation des services de santé par les populations en Afrique - et ailleurs. Ces études montrent que les évaluations de l'impact des tarifs sur l'utilisation peuvent être trompeuses ou peu probantes si elles ne cherchent pas à voir dans quelle mesure l'introduction de tarifs ou leur relèvement s'accompagne d'améliorations de la qualité.

> L'utilisation diminue lorsque la qualité se détériore, et elle augmente lorsque la qualité s'améliore, à quelques exceptions près, comme l'a montré une récente enquête portant sur plus de 50 expériences de tarification en Afrique.[36] Au Ghana, au Zaïre et au Mozambique par exemple, l'utilisation a chuté dans les formations sanitaires rurales à la suite d'un relèvement des tarifs. Toutefois, un pourcentage important des recettes collectées est allé au trésor central, et peu d'améliorations ont été apportées aux services locaux.[27]

- > Au Cameroun, en Gambie, au Niger, en Sierra Leone, au Soudan et au Zaïre, un meilleur approvisionnement et une amélioration de la qualité ont plus que contrebalancé les effets de la tarification sur les prix, ce qui a entraîné une progression nette de l'utilisation des services de santé.[5,7,9,21,28,29]
- > Au Niger, la qualité prime sur les prix lorsqu'il s'agit de décider de se faire soigner ou non, selon un test pilote de réformes du financement de la santé. En outre, les pauvres sont beaucoup plus sensibles que les riches aux améliorations de la qualité.[8,9,44]
- > Au Ghana, des améliorations de la qualité en ce qui concerne la disponibilité des médicaments, des services et de l'infrastructure pourraient augmenter la fréquentation dans les établissements publics et réduire l'automédication de 15 pour cent. Les relèvements des tarifs découragent davantage les consommateurs de chercher à se faire soigner que la qualité ou l'éloignement d'une formation sanitaire.[18]
- > Au Nigéria, la qualité influe beaucoup plus que les prix sur l'utilisation des services de santé, et l'effet négatif des augmentations des prix peut être compensé par une meilleure qualité. Les établissements publics pourraient porter les tarifs pour les consultants externes au même niveau que dans le privé, et ils pourraient malgré tout accroître l'utilisation s'ils offraient un approvisionnement en médicaments et un environnement comparables.[39]

QUESTION 10: Des recettes générées par la tarification ont-elles été utilisées pour financer des améliorations de la qualité?

EN BREF: Les recettes de la tarification conservées au niveau des établissements ont été largement utilisées pour plusieurs types d'améliorations de la qualité. L'exécution régulière et satisfaisante de cette pratique dépend d'un ensemble de facteurs de mise en oeuvre, mais surtout de la latitude et des incitations qui sont données au personnel de santé pour qu'il procède à des améliorations.

Comment les recettes ont-elle été utilisées?

Alors qu'il s'accompagne de succès mais aussi d'échecs, le recouvrement des coûts doit générer suffisamment d'argent pour améliorer tant la qualité que la pérennité financière en général.

- > Au Bénin, les recettes de la tarification ont été employées pour améliorer les stocks de médicaments et pour embaucher de nouveaux agents de santé villageois afin de fournir des services à des personnes n'ayant guère accès à des soins de santé.[15]
- > Dans 15 pays qui permettent la rétention des recettes au niveau des établissements, les fonds ont été utilisés pour améliorer l'approvisionnement en médicaments (9 pays), le moral du personnel (8 pays), le matériel (5 pays) et l'entretien (7 pays), et pour réduire l'attente des patients (5 pays), selon une récente étude sur le recouvrement des coûts des ministères de la santé à l'échelle mondiale.[26]
- > Dans le cadre de l'Initiative de Bamako au Nigéria, au Congo, au Kenya et en Guinée, les recettes provenant de la tarification dans les centres de santé servent pour les médicaments (37 à 53 pour cent), les fournitures (2 à 12 pour cent), des mesures d'incitation à l'intention du personnel (12 à 48 pour cent), diverses autres dépenses de fonctionnement (2 à 12 pour cent), et pour réaliser des économies (8 à 26 pour cent).[30]

Quelle est l'importance, pour l'amélioration de la qualité, d'une gestion locale des fonds?

Il y a convergence de vues sur le fait que les initiatives de recouvrement des coûts auront de meilleures chances de donner des améliorations de la qualité si les formations sanitaires qui perçoivent les fonds sont habilitées à réaliser des améliorations et si elles sont incitées à le faire. Ces conditions sont habituellement remplies lorsque les recettes restent au niveau de l'établissement, qu'elles ne sont pas versées en totalité au trésor national et qu'elles sont gérées de manière décentralisée.¹² Le contrôle local des fonds générés par le recouvrement des coûts devient de plus en plus une possibilité à un moment où les efforts se multiplient partout sur le continent pour une décentralisation des décisions de planification, de budgétisation et de prestation de services. Des mesures de décentralisation sont en cours dans le secteur de la santé au Botswana, au Ghana, au Lesotho, en Tanzanie, au Zaïre et au Zimbabwe, des initiatives ont été engagées au Bénin, en Guinée, au Mali et au Nigéria, et des essais se déroulent au Burundi et au Sénégal.[27]

- > Les établissements de santé de 18 pays sur 26 qui ont fait récemment l'objet d'une enquête ont été autorisés à garder les recettes résultant de la tarification, bien que la rétention des fonds n'ait pas toujours été permise à tous les échelons du système de santé, et que la totalité des fonds n'ait toujours pas pu être conservée au niveau des formations sanitaires. Sur les 18 pays où la rétention des fonds était permise, 7 se situent en Afrique (Cameroun, Ghana, Kenya, Soudan, Tanzanie, Ouganda et Zambie), 2 sont au Moyen-Orient, 5 en Amérique latine et 4 en Asie du Sud.[26]
- > Dans une autre étude, 9 cases de santé sur 10 où des améliorations avaient été signalées, pouvaient garder au moins une partie des recettes qui étaient gérées localement. Par ailleurs, dans 3 cases de santé sur 10 où les recettes de la tarification étaient gérées par les établissements ou par des comités de santé, on ne mentionnait pas de changement dans la qualité.[36]

Cette dernière observation indiquerait que la gestion locale décentralisée est l'une des conditions - mais non la seule - pour une amélioration de la qualité. La gestion locale des recettes peut donner lieu à des abus, s'il n'existe pas de garde-fous communautaires, juridiques et autres qui soient adaptées aux circonstances. En outre, les formations sanitaires des régions les plus pauvres, ou celles qui desservent des populations dispersées, peuvent être incapables de générer suffisamment de recettes pour permettre des améliorations de la qualité. Dans de tels cas, il se peut qu'il faille établir un mécanisme au niveau du district, comme un *fonds de solidarité*, auquel est versée une partie des recettes de la tarification de chaque établissement - l'argent étant ensuite redistribué aux établissements les moins fortunés. Il faudra acquérir davantage d'expérience et faire des ajustements en fonction des pays pour déterminer quel échelon local (à savoir, établissement de santé, district ou province) conviendrait pour diverses responsabilités dans le cadre de programmes de recouvrement des coûts.

QUESTION 11: Comment les améliorations de la qualité affectent-elles les coûts et la politique de financement?

EN BREF: Les améliorations de la qualité augmentent l'utilisation, la disposition des gens à payer un tarif, et les recettes - mais elles augmentent aussi les coûts. L'effet net est fonction de la situation locale particulière. Des financements appropriés et des politiques de maîtrise des coûts peuvent contribuer à contenir ces coûts. Etant donné qu'on se concentre aujourd'hui sur la disponibilité des médicaments comme indicateur principal de la qualité en Afrique, les interactions entre les améliorations de la qualité et les coûts valent la peine d'être examinées.

Quels sont les liens entre qualité, coût et financement?

Peu de ministères de la santé africains fournissent des financements suffisants pour l'approvisionnement en médicaments essentiels ou d'autres améliorations de la qualité qui sont nécessaires (par exemple, l'enseignement aux agents de santé de protocoles de prescription de médicaments, l'élaboration de protocoles, les réseaux de distribution des médicaments et les systèmes de tenue des stocks de médicaments, la supervision des agents de santé et la formation en cours d'emploi au sujet des pratiques de diagnostic et de traitement. Mais il y a eu peu de recherches qui soient susceptibles de guider les réformes vers des interactions complexes entre qualité et coûts, et vers des approches efficaces pour financer les coûts.

Des améliorations de la qualité peuvent aider à générer des recettes complémentaires, mais leurs effets sur les coûts, et donc sur les recettes nettes, ne sont pas bien connus. Le schéma du recouvrement des coûts et de la qualité (*Figure 3-1*) illustre certaines corrélations entre la qualité, les coûts et le financement. Les revenus nets dépendent de deux flux financiers: 1. les coûts, pour les prestataires, d'améliorations de la qualité (partie inférieure du schéma); et 2. les recettes générées grâce à la disposition des patients à payer pour des améliorations de la qualité (partie supérieure).

La combinaison de revenus accrus et de coûts maîtrisés permet une augmentation des recettes nettes qui peuvent être réinvesties pour obtenir d'autres améliorations. Toutes les améliorations de la qualité ne débouchent pas sur une augmentation des recettes nettes mais ce modèle peut être utilisé pour tester les liens de cause à effet entre différentes approches du recouvrement des coûts et de l'amélioration de la qualité.[40]

Quelles sont les implications d'améliorations de la qualité sur les politiques de financement?

Les coûts des améliorations de la qualité ont au moins deux implications pour les réformes de recouvrement des coûts et les politiques de financement. Premièrement, étant donné que l'utilisation accrue résultant d'améliorations de la qualité fait augmenter les coûts totaux, des plans doivent être faits pour couvrir d'une part les coûts associés à un approvisionnement plus important en médicaments et autres fournitures médicales, et d'autre part les dépenses administratives directement liées à la progression de la demande. Ces coûts variables doivent être financés par la tarification, ou bien les pouvoirs publics doivent prévoir des crédits supplémentaires pour les couvrir.

Si les recettes provenant de la tarification parviennent à couvrir les coûts variables, les budgets des MS peuvent alors être réaménagés pour payer les améliorations de la qualité qui restent constantes, quel que soit le volume (coûts fixes), surtout celles qui débouchent sur un meilleur rapport coût-efficacité du secteur sanitaire.

Deuxièmement, les coûts associés à l'amélioration de la qualité et de l'utilisation doivent être maîtrisés pour permettre une augmentation nette des recettes. Tout excédent par rapport aux paiements des utilisateurs peut être consacré à d'autres améliorations de la qualité ou à réduire la nécessité de subventions de l'Etat. L'importance actuellement accordée à la disponibilité des médicaments comme amélioration primordiale de la qualité illustre ce point. (*Voir encadré ci-dessous*)

ENCADRE 3-1 AMELIORATIONS DE LA QUALITE, DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ET MAITRISE DES COUTS

L'importance accordée aujourd'hui en Afrique à la disponibilité des médicaments comme indicateur primordial de la qualité, pourrait facilement contraindre les ministères de la santé à doubler ou même à tripler leurs dépenses au titre des médicaments. Au fur et à mesure que la disponibilité des médicaments s'améliore, il en faut plus toujours plus. Ce cycle pourrait grever les budgets des MS, à moins que les coûts des médicaments et des stocks d'autres produits connexes, ainsi que leurs coûts de distribution, soient couverts par la tarification. Certaines initiatives en Afrique ont recouvré 100 pour cent de ces coûts.[38] Dans d'autres cas, le recouvrement de la totalité des coûts peut exiger des tarifs plus élevés que ce que souhaitent les pouvoirs publics.

Une façon de rehausser la qualité et de maîtriser les coûts des médicaments consiste à améliorer l'efficacité des pratiques de prescription de médicaments. Egalement, veiller à l'existence d'un stock convenable de médicaments essentiels, génériques, réduit en même temps les coûts par comparaison aux médicaments de marque, améliore l'efficacité du personnel de santé, attire les patients vers l'établissement, renforce leur disposition à payer et améliore la productivité du personnel en augmentant le nombre de patients qui sont traités. Ainsi, l'adoption de bonnes politiques pour les médicaments constituera sans doute l'intervention la plus importante, à elle seule, pour améliorer en même temps la qualité, l'efficience, l'efficacité et la pérennité financière des soins de santé en Afrique.

Pour mettre à profit la disposition des gens à payer pour leurs soins de santé, les ministères de la santé ont besoin de méthodes efficaces pour mesurer la satisfaction des patients avec des aspects spécifiques de la qualité. En même temps, ces ministères doivent élargir les idées du public concernant la qualité, et ils doivent renforcer l'aptitude des gens à évaluer d'autres aspects. L'existence de consommateurs bien informés constitue l'un des meilleurs moyens d'éviter des systèmes de santé biaisés en faveur des médicaments et confrontés à des difficultés financières.

QUESTION 12: Comment la tarification affecte-t-elle l'accès aux soins de santé?

EN BREF: La tarification influe moins qu'on le pensait en un temps sur l'utilisation des soins de santé par les populations dans le cadre de programmes de recouvrement des coûts en Afrique subsaharienne. Lorsque d'autres facteurs affectant la demande de services de santé sont pris en compte, les paiements modestes qui sont habituellement demandés sont un obstacle bien moins important que prévu à l'utilisation, surtout pour les soins primaires et préventifs. Deux autres facteurs sont tout aussi déterminants, voire même plus dans certains cas: l'éloignement et la médiocrité des soins. Les patients qui ont l'habitude de payer dans le secteur privé pourraient économiser de l'argent dans le cadre de programmes publics de recouvrement des coûts.

Que signifient des baisses de l'utilisation?

Après un fléchissement initial, l'utilisation remonte parfois à ses niveaux précédents. Par exemple, au Lesotho, après un relèvement des tarifs et des baisses de 40 à 51 pour cent de l'utilisation, la fréquentation des établissements a retrouvé ses niveaux d'avant l'augmentation des tarifs dans la plupart des endroits. Des redressements semblables ont été signalés en Gambie, au Ghana, au Swaziland et au Zaïre, bien qu'on ne sache si l'utilisation est revenue à ses niveaux précédents.[7,29,32,36,45]

Des baisses de fréquentation dans les formations sanitaires publiques après l'introduction de la tarification ne signalent pas toujours un recul absolu de l'utilisation des services de santé. Il est possible que certains patients aient décidé de s'adresser désormais à des prestataires privés. Au Lesotho par exemple, une baisse initiale dans les formations sanitaires publiques s'était accompagnée d'une augmentation de l'utilisation de 19 à 35 pour cent dans les établissements privés. Au Swaziland, une diminution de l'utilisation a été partiellement compensée par une utilisation accrue des établissements de missions qui avaient, semble-t-il, réduit leurs prix.[27,45]

La tarification est parfois employée de manière délibérée pour diriger les patients de services trop utilisés, basés dans des hôpitaux, vers des services appropriés et moins coûteux. (*Voir Question 17*) L'utilisation excessive de médicaments peut être délibérément restreinte pour des raisons de qualité.[3,4,27]

Comment un système de tarification peut-il être moins coûteux pour l'utilisateur qu'un système "gratuit"?

Les soins gratuits peuvent parfois s'accompagner de coûts pour l'utilisateur.[1,9] Les gens dépensent souvent d'importantes sommes d'argent pour aller jusqu'aux formations sanitaires et pour

ne décourageraient pas l'utilisation de ces services. Des preuves indiquent aussi que les gens sous-estiment les services fournis à titre gratuit.[13,23,27]

- > En 1990, plus de la moitié des 79 pays ayant fait l'objet d'une enquête disposaient d'une méthode de perception d'une redevance pour les vaccinations dans le cadre du Programme élargi de vaccination (PEV), et 15 pour cent de ces pays rapportaient que les gens s'adressaient pour les vaccinations à des prestataires privés qu'il devaient payer.[25]
- > Dans un test pilote au Niger, l'utilisation des soins prénatals a augmenté de 10 pour cent après l'introduction de la tarification et d'améliorations de la qualité des soins curatifs.[43]
- > Au Burkina Faso, des facteurs culturels et la distance par rapport aux formations sanitaires avaient un impact plus grand que les tarifs sur l'utilisation des vaccinations.[2]
- > De nombreux programmes de marketing social des contraceptifs ont démontré que les gens étaient prêts à payer pour des services de planification familiale.

QUESTION 13: Le recouvrement des coûts réduit-il l'équité? La tarification est-elle toujours préjudiciable aux pauvres?

EN BREF: Facturer les services de santé aux gens qui en ont les moyens et exempter les plus pauvres améliore l'équité par rapport aux systèmes de santé "gratuits". La tarification, lorsqu'elle est utilisée pour améliorer la qualité dans les formations sanitaires publiques, peut économiser temps et argent aux pauvres par comparaison à des politiques de soins gratuits qui ne donnent pas aux établissements de santé des moyens suffisants pour offrir des soins de qualité. Dans de tels cas, les avantages pour les pauvres sont encore plus grands que pour les nantis qui ont déjà accès à une gamme plus étendue de soins de santé. On dispose de peu d'indications précises au sujet de l'impact du recouvrement des coûts sur les populations les plus pauvres étant donné que la plupart des études ne font pas convenablement de distinctions entre les divers groupes sociaux-économiques.

Comment concilier tarification et équité?

Par comparaison aux systèmes de "soins gratuits", les programmes de recouvrement des coûts peuvent améliorer l'équité en demandant aux gens qui en ont les moyens un paiement pour les services de santé qu'ils reçoivent et en utilisant des fonds publics pour subventionner les soins de ceux qui n'ont pas les moyens de payer. Lorsque l'Etat fournit des services de santé gratuitement à tous, nombre de ménages qui ne sont pas pauvres utilisent des services qu'ils pourraient payer et évincent ainsi les plus défavorisés.

- > En Tanzanie, les patients dans la catégorie des ménages les plus nantis représentaient 35 pour cent des hospitalisations et 37 pour cent de consultations externes dans les hôpitaux "gratuits" gérés par l'Etat. Les patients des ménages les plus démunis représentaient seulement 16 pour cent des patients hospitalisés et 9 pour cent des consultations externes dans ces hôpitaux. Dans une étude séparée, 60 pour cent des ménages ayant les revenus les plus élevés déclaraient qu'ils étaient disposés à payer une redevance de 200 shillings tanzaniens (environ 1 dollar) ou plus, si des médicaments étaient disponibles en permanence dans les hôpitaux publics.[1,27]
- > Au Nigéria, la moitié des ménages de la tranche de revenu la plus élevée utilisaient des dispensaires ou des hôpitaux publics gratuits ou fortement subventionnés. Dans cette catégorie, la probabilité de s'adresser à des hôpitaux privés était cinq fois plus élevée (25 pour cent) que chez les ménages les plus pauvres (5 pour cent), un indicateur évident de la disposition et de la capacité à payer des honoraires dans le privé.[27,39]

Les inégalités qui affectent les pauvres pourraient souvent être corrigées en améliorant la manière dont sont perçus les tarifs et les systèmes d'exemptions. Par exemple, les fonctionnaires et les membres de leur famille sont souvent exemptés de paiement pour des sommes qui sont dues dans le cadre de leur plan d'assurance-maladie parrainé par l'Etat, même s'ils sont mieux à même de payer que d'autres. Les étudiants, les amis et les membres de la famille des employés des hôpitaux, qu'ils aient ou non plus de ressources que les patients payants, bénéficient aussi de dispenses. Lorsque les plans d'assurance-maladie sous l'égide de l'Etat ne remboursent pas les hôpitaux et les centres de

santé publique pour les services fournis aux fonctionnaires et qu'ils exemptent en même temps certains groupes - une pratique habituelle - les pouvoirs publics, en fait, subventionnent ces groupes avec des fonds prélevés sur les impôts généraux qui sont destinés à fournir des services de santé à une population plus large. Ces pratiques absorbent aussi des ressources de l'Etat qui pourraient servir pour faciliter l'accès aux soins pour les ménages les plus modestes.

La tarification est-elle plus douloureuse pour les pauvres que pour les nantis?

Le coût des soins de santé sera sans doute plus difficile à absorber pour les pauvres que pour les nantis, et il peut présenter pour les pauvres un obstacle insurmontable lorsqu'ils cherchent à obtenir des services. Non seulement les ménages pauvres ont moins d'argent liquide que les plus nantis mais il leur sera vraisemblablement plus difficile d'emprunter pour payer leurs soins de santé, et ils devront plus vraisemblablement vendre leurs possessions pour se faire soigner s'ils sont gravement malades.

Les indications dont on dispose concernant l'impact de la tarification des services sur les pauvres, et sur les plus pauvres par rapport aux plus nantis, ne sont toutefois pas concluantes. De nombreuses études qui s'intéressent à l'incidence de la tarification sur l'utilisation ne font pas de distinction entre les groupes de revenu et elles ne prennent pas en compte les autres changements qui pourraient influencer sur l'utilisation des services de santé. Les quelques études qui ont examiné ces impacts par niveau de revenu - par exemple, en Côte d'Ivoire, au Cameroun, au Kenya et au Niger - suggèrent que les pauvres sont plus sensibles que les nantis à l'évolution de la qualité et du rapport temps-prix des soins, mais qu'ils ne sont pas nécessairement sensibles aux prix tels que représentés par les niveaux des tarifs.[9,10,11,21,27]

Les tarifs pour les services de santé sont souvent l'une des composantes les moins importantes des coûts des services de santé dans les pays africains. Même lorsque les services de santé dans les établissements publics sont nominalement (théoriquement) gratuits, les patients dépensent des sommes substantielles pour se faire soigner. Ces autres coûts peuvent être plus élevés pour les pauvres que pour les nantis pour plusieurs raisons: les distances à parcourir sont plus grandes, des frais de déplacement plus importants pour arriver jusqu'à l'établissement, la plus grande réticence des pauvres à s'absenter de leur travail, et la qualité médiocre des établissements sanitaires publics qui n'appliquent pas la tarification ou ne disposent pas de financements fiables des pouvoirs publics. Les patients pauvres seront vraisemblablement plus affectés que les patients nantis lorsque les dispensaires manquent de médicaments car ils doivent alors ou bien s'en passer, ou bien dépenser du temps et de argent - alors qu'ils en ont peu - pour parvenir à d'autres sources d'approvisionnement en médicaments qui sont généralement plus onéreuses.

De modestes tarifs qui garantiraient des services meilleurs et moins chers que les options disponibles dans le privé ne peuvent être que bénéfiques, et non pas préjudiciables, aux pauvres. Les politiques qui réduisent le temps de déplacement et l'attente auront sans doute pour corollaire des taux d'utilisation plus élevés pour les pauvres que pour les autres.

- > Au Cameroun et au Niger, à la suite de l'introduction de tarifs pour les soins de santé, les stocks de médicaments se sont améliorés. Non seulement l'utilisation a progressé davantage pour les pauvres que pour les nantis, mais le phénomène a été plus marqué parmi les gens les plus éloignés des établissements sanitaires.[9,21]

- > En Tanzanie, seulement 4 pour cent des ménages les plus modestes ont déclaré qu'ils ne paieraient pas pour des services de santé publics, s'il n'y avait pas de médicaments disponibles. Dans la catégorie des ménages les plus nantis, la proportion de gens ne voulant pas payer des tarifs pour des services publics améliorés était double (8 pour cent) - peut-être parce que les riches avaient plus facilement accès à d'autres sources de soins.[1]
- > Au Niger et en République centrafricaine, les ménages à faible revenu étaient tout aussi disposés que les ménages nantis à payer des tarifs plus élevés pour un bon approvisionnement des établissements publics en médicaments. En République centrafricaine, les ménages des zones rurales étaient plus enclins à payer davantage pour un bon approvisionnement en médicaments contre les maladies prioritaires que les ménages des villes qui avaient plus facilement accès à des services de santé et à des médicaments.[9,34]

Est-ce que cela veut dire que les pouvoirs publics doivent se concentrer sur l'impact de la tarification des soins de santé sur les ménages les plus pauvres?

Non. Cela signifie que les ministères de la santé doivent redoubler d'efforts pour faire une distinction entre les divers groupes de revenu dans l'élaboration et l'évaluation des programmes de recouvrement des coûts. Même dans les pays les plus pauvres du monde, il existe des différences entre les groupes de revenu qui sont masquées par les moyennes nationales. La fixation de tarifs aux niveaux habituellement pratiqués ne semble pas être un obstacle important à l'utilisation de soins de santé pour la plupart des habitants de l'Afrique subsaharienne. Mais les gens les plus défavorisés devront être protégés contre l'impact supplémentaires de la tarification - surtout pour les séjours à l'hôpital - sur le coût des soins qui souvent est déjà élevé. (*Voir Questions 14 et 15*)

La protection par rapport à la tarification ne suffira pas à résoudre les problèmes d'accès pour les pauvres. Améliorer l'équité de l'accès aux soins de santé pour les pauvres exigera aussi la suppression - ou la compensation - des obstacles non monétaires - distance, éducation, culture, perceptions de la qualité - qui constituent une entrave aussi importante, voire même plus marquée, que la tarification des services.

QUESTION 14: Existe-t-il des moyens efficaces et abordables de protéger les pauvres lors de l'introduction de réformes pour le recouvrement des coûts?

EN BREF: Les politiques qui protègent les pauvres et les autres groupes cibles varient en fonction des coûts et de la mesure dans laquelle elles seront appliquées efficacement dans des contextes africains. Il faut faire certains choix entre précision et coût lorsque l'on fixe les priorités des programmes. A un certain moment, la précision pourrait être améliorée - mais à un coût plus élevé - réduisant les fonds disponibles pour la prestation de services aux pauvres. Il faudra accumuler davantage d'expérience et d'essais de terrain pour trouver des approches d'un bon rapport coût-efficacité afin de protéger les pauvres dans le cadre du recouvrement des coûts.

Qu'entend-on par ciblage et comment cela fonctionne-t-il?

Les *politiques de ciblage* peuvent être conçues pour protéger les pauvres et d'autres groupes à risque dans des systèmes où des paiements sont demandés aux utilisateurs. Le ciblage peut revêtir plusieurs formes, identifiant les gens par:

- > un contrôle du niveau des ressources en fonction du revenu ou d'indicateurs de revenu
- > les caractéristiques d'un groupe (âge, genre, métier, maladie infectieuse ou chronique)
- > la situation géographique (région, ville ou pays, quartier particulier)
- > l'autosélection (toute personne qui se rend dans un endroit déterminé pour un service gratuit).

Le contrôle du niveau des ressources d'une personne est le meilleur moyen de déterminer qui est "pauvre" et donc éligible pour des prix réduits ou des soins gratuits, et qui ne l'est pas. Toutefois, selon la manière dont on procède, cette méthode peut être la plus onéreuse pour le ciblage. Par exemple, les contrôles du niveau des ressources qui exigent des documents relatifs au salaire, aux gains, au revenu ou des déclarations d'impôts sont plus coûteux à administrer que l'identification informelle, par un agent de santé, au sein d'une petite communauté. Les deux méthodes sont plus chères à appliquer que le ciblage géographique dans le cadre duquel toutes les personnes d'une certaine région sont automatiquement considérées comme étant pauvres, et donc éligibles pour des soins à prix réduit ou gratuits.

Le contrôle du niveau des ressources peut-il être à la fois précis et abordable?

Il faut faire un choix entre le coût de la précision pour identifier les pauvres et ceux qui ne le sont pas, et le recours à des méthodes plus efficaces visant à s'assurer que les gens ayant des revenus modestes ne soient pas exclus. Moins la méthode de ciblage est précise, plus des individus qui ne sont pas pauvres peuvent profiter de services offerts, ou plus de pauvres risquent de se trouver exclus. Inversement, l'argent qui est utilisé pour financer les coûts administratifs associés à davantage de précision, peut être utilisé pour subventionner des services de santé pour les groupes

d'indigents, les groupes à risque et autres. Le problème se pose en ces termes:

1. le système de ciblage le plus précis n'est pas nécessairement le meilleur; et
2. il y a un point où des coûts supplémentaires associés à l'administration d'un système très précis de contrôle du niveau des ressources sont plus élevés que les coûts des services fournis gratuitement à certaines personnes qui ne sont pas pauvres.[35]

Quels sont quelques uns des facteurs qui influent sur le coût et la précision des moyens de contrôle des ressources?

Les coûts et la précision du contrôle du niveau des ressources sont influencés par de multiples facteurs tels que la densité de la population, les capacités à tenir des comptes, l'importance de l'emploi formel, des fluctuations saisonnières du revenu, l'alphabétisation, l'enregistrement central des bénéficiaires, les mesures pour vérifier les renseignements, et la latitude que l'on laisse aux administrateurs pour statuer sur les demandes. Habituellement, il est plus facile de distinguer de manière informelle les gens qui peuvent ou ne peuvent pas payer dans de petites communautés et de petites formations sanitaires plutôt que dans les zones urbaines étendues et dans les grands hôpitaux urbains ou de districts. Parallèlement à cela, l'application de tarifs plus élevés pour des soins hospitaliers que pour les soins de santé primaires peut amener à adopter une méthode pour que les gens les plus défavorisés ne soient pas privés de soins hospitaliers s'ils ne sont pas en mesure de payer.

Certains travaux de recherche ont été effectués sur les méthodes qui contribuent à la précision du contrôle du niveau des recettes et à la maîtrise des coûts en Amérique latine, en Afrique et en Asie, mais ces informations n'ont pas été combinées pour évaluer le coût-efficacité relatif de différentes approches dans ces diverses régions.[11,12,14,16,17,37] A part des cas dans des contextes très précis, on n'a pas documenté de modèles et de pratiques ultra-performantes (*Voir Question 15*). L'élaboration et l'essai de critères de contrôle des ressources, et d'autres formules pour cibler les pauvres, par l'estimation du coûts de ces méthodes, et en évaluant leurs coûts et leur efficacité, figureront parmi les priorités pour protéger les pauvres dans le cadre de programmes de recouvrement des coûts.

QUESTION 15: Quelles politiques et pratiques sont utilisées pour protéger les pauvres en Afrique?

EN BREF: Les politiques et les pratiques de contrôle du niveau des ressources en Afrique sont habituellement administrées au niveau local en appliquant de manière uniforme des critères d'éligibilité. Le contrôle informel des ressources et la "solidarité communautaire" - les méthodes de protection des pauvres les plus utilisées par les pouvoirs publics - sont peut-être moins généralisées que le ciblage des groupes par des critères en liaison avec des facteurs autres que le revenu (par exemple, les fonctionnaires, les étudiants, les militaires, les tuberculeux, les handicapés). Bien qu'elles soient peu nombreuses, les indications dont on dispose concernant l'efficacité du contrôle informel des ressources en Afrique, suggèrent que les exemptions de tarifs profitent souvent à des personnes qui ne sont pas pauvres et que beaucoup de pauvres ne sont pas exemptés. Les ministères doivent faire des choix entre des exemptions pour les pauvres, par opposition aux autres groupes cibles, et entre les objectifs de collecte de recettes, par opposition à la nécessité économique et politique de dispenser de paiement les pauvres et d'autres groupes particuliers.

Quelles politiques nationales sont en place et comment sont-elles appliquées?

Maints pays africains ont une politique nationale qui appuie l'exemption des pauvres du paiement de tarifs pour les services de santé. Il est cependant rare que ces politiques précisent des critères ou des procédures pour identifier les patients défavorisés. Environ la moitié des pays d'Afrique semblent ne pas avoir de politique nationale officielle pour éviter aux pauvres d'avoir à payer pour obtenir des soins.[24]

- > Seulement 14 cas documentés de contrôle du niveau des ressources dans le secteur de la santé en Afrique ont été identifiés lors d'une étude récente de 56 projets situés dans des pays en développement qui pratiquent le contrôle des ressources.[35,37]
- > Des enquêtes ont identifié deux pays seulement qui étaient dotés de systèmes de contrôle des ressources fixant un plafond d'éligibilité (Zimbabwe et Ethiopie), un (le Lesotho) qui disposait de critères précis et stricts en rapport avec la possession de terres et de bétail, un (le Malawi) qui utilisait des critères fonciers, et plus d'une dizaine d'autres pays africains qui accordaient des exemptions générales officielles aux "indigents" sans que les formations sanitaires aient à suivre de critères précis.[11,24,27]

La plupart des contrôles du niveau des ressources et des exemptions de tarifs pour permettre aux pauvres d'obtenir des services de santé publique en Afrique sont appliqués de manière lâche et informelle dans les formations sanitaires lorsque les patients se présentent pour se faire soigner. Souvent, les programmes d'assistance sociale sont également administrés au niveau local et de mani

"chacun doit payer" l'emporte généralement sur les réformes du financement de la santé qui prévoient seulement de modestes tarifs pour les services ambulatoires et les médicaments.⁴² Lorsqu'il est demandé à tous de payer, on fait souvent appel à des arrangements informels, ad hoc, et à la "s

à de tels groupes dans les formations sanitaires publiques.

L'une des grandes questions d'équité en rapport avec les programmes de recouvrement des coûts en Afrique est l'élaboration de méthodes efficaces, administrativement réalisables, d'un faible coût et qui fonctionnent aussi bien pour les pauvres que pour les autres groupes cibles. Dans cette démarche, il est vraisemblable que les ministères seront confrontés à des choix entre leurs objectifs d'exemption des plus défavorisés - en plus de groupes cibles particuliers - et leurs objectifs de collecte de fonds conformément aux buts du recouvrement des coûts. La réalisation des possibilités de collecte de fonds et d'équité associées au recouvrement des coûts en Afrique subsaharienne exigera que l'on trouve des moyens d'améliorer à la fois les pratiques de perception de fonds que celles d'exemption.

Comment améliorer les systèmes d'exonération des pauvres?

Les programmes de ciblage partout dans le monde montrent que les ministères de la santé peuvent identifier avec plus de précision les personnes qui n'ont pas les moyens de payer pour leurs services de soins de santé s'ils mettent au point des politiques de dispense ayant les caractéristiques suivantes:

- > des incitations pour les administrateurs de la politique à n'accorder d'exemptions qu'aux personnes vraiment nécessiteuses (par exemple, en permettant aux établissements de garder l'argent des tarifs)
- > des critères précis et formels, qui limitent la possibilité d'octroi d'exemptions abusives
- > des réexamens périodiques des exonérations, des critères d'exemption et des catégories de paiements
- > des mesures de routine pour vérifier les renseignements
- > une participation des collectivités locales et des autorités centrales au processus de filtrage, d'enregistrement ou de vérification (plutôt que de faire peser la responsabilité uniquement sur les établissements)
- > un partage d'informations et des capacités administratives avec les programmes qui accordent des dérogations dans d'autres secteurs
- > l'utilisation d'autres méthodes de ciblage, de pair avec le contrôle du niveau des ressources
- > la détermination préalable de l'éligibilité pour les exemptions, de sorte que les incertitudes au sujet du paiement ne découragent pas l'utilisation des services de santé par les pauvres.